

## 問診票

ふりがな		性別	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	
氏名		男・女			
住所	(〒 - )			ご職業	血液型
					型
電話・携帯	( ) - ( )	e-mail			

※当院からお知らせやメール相談をご希望の方はご記入下さい

■どのようなことで来院されましたか？ (当てはまるものに○をつけて下さい)

●いつ頃から・・・さつき・今朝・昨晚・昨日・( )日前・( )週間前・( )か月前・( )年前

●どの部位ですか？ (診察を希望される場所を○で囲って下さい) →

●どんな症状ですか？

痛い かゆい あかい ぶつぶつ やけど キズ ケガ  
ほくろ いぼ しこり 虫刺され その他 ( )

●他院への受診、薬局などの市販薬を使用しましたか？ ( はい・いいえ )

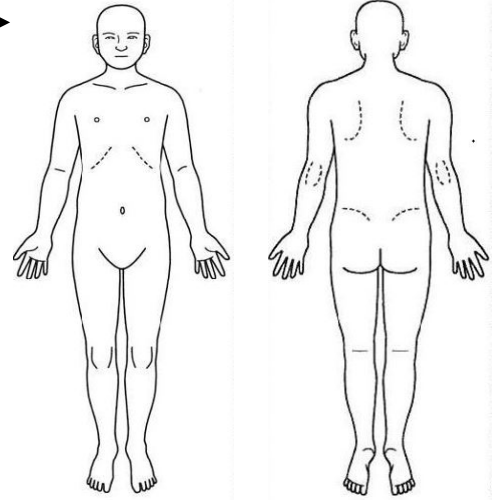
■現在、他に治療中の病気はありますか？ ( はい・いいえ )

→ 「はい」の方は病名とお薬をお書き下さい

病名 ( )

お薬 ( )

※お薬手帳を持参した方 ( はい・いいえ )



■これまでにかかったことのある病気を教えてください。

● ( )

■食べ物・お薬でのアレルギーはありますか？ ( はい・いいえ )

→ 「はい」の方は具体的に教えてください ● ( )

■けが・手術などで血が止まりにくかったことはありますか？ ( はい・いいえ )

■麻酔の経験はありますか？※歯医者での麻酔も含みます ( はい・いいえ )

■ケロイド体質はありますか？ ( はい・いいえ )

■当院をどのようにして知りましたか？

・知人の紹介                      ・ホームページ                      ・雑誌                                      ・折り込みチラシ                      ・駅看板  
・電車内広告                      ・その他( )

■その他の治療科目で気になる事はありますか？ お気軽にご相談下さい ※全て男性スタッフが個室にて対応します。

- |              |           |           |            |             |
|--------------|-----------|-----------|------------|-------------|
| ・皮膚に関すること    | ・まき爪      | ・水虫       | ・わき汗&多汗症   | ・わきのにおい     |
| ・まぶたのたるみ     | ・傷跡修正     | ・いぼ&ほくろ除去 | ・プチ整形(目・鼻) | ・イレズミ除去     |
| ・包茎手術        | ・ペニス太くする  | ・ペニスを長くする | ・早漏治療      | ・勃起不全(ED治療) |
| ・男性型脱毛症(AGA) | ・頭皮&毛髪診断  | ・メンズ脱毛    | ・性病検査      | ・漢方&サプリメント  |
| ・にんにく注射      | ・肥満・ダイエット | ・若返り治療    | ・アンチエイジング  |             |
| ・その他( )      |           |           |            |             |